

医療費・医療手当請求書

記入例

① 個人番号	記載不要		
② ふりがな 氏名	みたか たろう 三鷹 太郎	③ 生年月日	昭和●年 ●月 ●日
④ 現住所	三鷹市野崎1-1-1	⑤ 世帯主 氏名	三鷹 太郎 続柄 本人
⑥ 種類 ⑧ 実施者 ⑩ 居住地	⑦ 実施 年月日	令和●年 ●月 ●日	
	⑨ 実施場所	元気創造プラザ、●●●●クリニック 等 ※予防接種を受けた具体的な場所	
	三鷹市野崎1-1-1 ※接種時の居住地(住民票所在地)を記入してください。		
⑪ 医療保険等の 種別	⑫ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別	健保 国保 () その他 ()	本人 被扶養者
⑬ 医療を受けた 医療機関の 名称及び所在地	●●●●病院(三鷹市●●●●△-△-△) ●●●●薬局(三鷹市◆◆△-△-△) ※接種後の副反応で受診した医療機関・薬局を 全て記入してください。医療機関が3つ以上ある場 合は、別紙に記入してください。		
⑭ 医療を受けた 日数	令和3年8月分	令和3年9月分	※同日に複数の医療機関にかかった場合は1 日としてください。また、同日に通院と入院があ る場合は入院のみ1日としてください。薬局での 薬剤購入は日数に含みません。
	入院外 診療実日数	0日	
	入院日数	10日	5日
⑮ 看護移送等につ いてはその内容	※病気や怪我で移動が困難な場合で、医師の指示で緊急的に必要があり、移送された場合や在宅治療 等で看護を受けた場合はその状況を記入してください。		
⑯ 患者負担額	予 防 接 種 医 療 費		
	(特殊医療費と医療保険等自己負担額の合計額) 円		
	内 訳		
特殊医 療費分	医療保 険等 自己 負担額分	(医療機関の窓口で支払った額) 円	
⑰ 医療手当請求額	通院3日未満 35,800円 入院8日未満 35,800円 同日に通院と入院がある場合は、入院のみ1日となります。 ※令和5年4月以降の額	通院3日以上 37,800円 入院8日以上 37,800円	差額ベッド、薬の容器、文書代等の 保険適用外のもの是对象となりませ ん。食事療養費標準負担額は給付 の対象となります。
上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について、医療費・医療手当の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。			
令和 ●年 ●月 ●日			
請求者氏名 三鷹 太郎			
市 町 村 長 殿			
⑱ 同意欄	記載不要 本 印 (※自署でない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者の続柄を記載)		

別紙 特殊医療費の内訳

種類	具体的な内容	上限額
リンパ球(T細胞及びB細胞)サブポピュレーション測定	免疫担当細胞であるT細胞及びB細胞を分離同定するための検査であって、Eロゼットの検査、表面免疫グロブリンの検査及びEACロゼットの検査が含まれる。	10,000円
リンパ球機能検査	細胞性免疫に関与するリンパ球の刺激物質に対する反応性を測定するための検査である。	上限なし
リンパ球培養試験	リンパ球の幼若化を起こす物質を添加して培養を行い、リンパ球の機能障害を調べるものであってPHA(Phytohemagglutinin)、PWM(Poke weed mitogen)及びLPS(Lipopolysaccharide)に対する反応が含まれる。	10,000円
マクロファージ遊走阻止試験	感作されたリンパ球が抗原物質の存在下で産生するマクロファージ遊走阻止因子の測定によって細胞性免疫を検査するものである。	10,000円
免疫学的唾液検査	唾液について免疫に関与する因子(特に分泌型IgA)の検査を行うものであり蛋白分画測定、免疫電気泳動検査及び免疫グロブリン測定が含まれる。	10,000円
免疫学的血清検査	体液性免疫に関与する抗体及び補体を産生する細胞の検査である。	上限なし
抗A、抗Bその他の既存抗体の抗体価測定及び活動免疫能試験	既存抗体の検出及び抗原刺激による抗体価の測定によって抗体産生能の障害を調べるものであり、既存抗体として同種血球凝集素価(抗A及び抗B抗体)の測定及びフラゼリンポリマー等の負荷による活動免疫能の検査が含まれる。	15,000円
補体成分測定	免疫反応を強化する各種補体成分C1~C9の定量が含まれる。	25,000円
免疫学的白血球検査	生体の免疫機構において抗原情報の取込みに関与する白血球の機能を調べる検査であって白血球の抗原への遊走能(Chemotaxis Random mobility)貧食能(Phagocytosis)、細胞内殺菌能及びNBT還元検査が含まれる。	15,000円

予防接種法施行令第十条第一項の医療に要した費用の額の算定方法(昭和52年4月28日厚生省告示第103号)